

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

No

107

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre THOMAZI

Né le 8 Août 1906 à Lorient (Morbihan)

LE MÉDECIN

ET

L'ASSURANCE SOCIALE

DANS NOS

DÉPARTEMENTS ALSACIENS

Président : M. Emile SERGENT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1932

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre THOMAZI

Né le 8 Août 1906 à Lorient (Morbihan)

LE MÉDECIN

ET

L'ASSURANCE SOCIALE

DANS NOS

DÉPARTEMENTS ALSACIENS

Président : M. Emile SERGENT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1932

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

Anatomie.
 Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.
 Physiologie.
 Physique médicale.
 Chimie médicale.
 Bactériologie.
 Parasitologie et histoire naturelle médicale.
 Pathologie et thérapeutique générales.
 Pathologie médicale.
 Pathologie chirurgicale.
 Anatomie pathologique.
 Histologie.
 Pharmacologie et matière médicale.
 Thérapeutique.
 Hygiène et médecine préventive.
 Médecine légale.
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.
 Pathologie expérimentale et comparée.
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.

Clinique médicale.

Hygiène et clinique de la première enfance.
 Clinique des maladies des enfants.
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
 Clinique des maladies du système nerveux.
 Clinique des maladies infectieuses.

Clinique chirurgicale.

Clinique ophtalmologique.
 Clinique urologique.

Clinique d'accouchements.

Clinique gynécologique.
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.
 Clinique thérapeutique médicale.
 Clinique oto-rhino-laryngologique.
 Clinique thérapeutique chirurgicale.
 Clinique propédeutique.
 Clinique de la tuberculose.

Professeur sans chaire.

MM.
 ROUVIERE.
 GREGOIRE.
 BINET.
 STROHL.
 DESGREZ.
 LEMIERRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 CLERC.
 LENORMANT.
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 LOEPER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-LAVASTINE.
 FIESSINGER.
 Maurice VILLARET.
 CARNOT.
 BEZANÇON.
 ACHARD.
 Marcel LABBE.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 TESSIER.
 DELBET.
 CUNEO.
 LEJARS.
 GOSSET.
 TERRIEN.
 LEGUEU.
 COUVELAIRE.
 BRINDEAU.
 JEANNIN.
 J.-L. FAURE.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 SERGENT.
 Léon BERNARD.
 MAUCLAIRE
 MULON.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 AUBERTIN. Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 SANNIE. Chimie biologique.
 BROCCQ. Pathologie chirurgicale
 BRULE. Pathologie médicale.
 CADENAT. Pathologie chirurgicale
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . . Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. Pathologie médicale.
 ECALLE. Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 Pathologie expérimentale.
 GASTINEL. Bactériologie.
 GATELLIER. Pathologie chirurgicale
 GIROUD. Histologie.
 HARVIER. Pathologie médicale.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 HUTINEL. Pathologie médicale.
 JOANNON. Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 Oto - rhino - laryngologie.
 HUGUENIN. Anatomie pathologique
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 HAZARD. Pharmacologie.
 MILLOT. Histologie.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOURE. Pathologie chirurgicale
 Histologie.
 OBERLING. Anatomie pathologique
 OLIVIER. Anatomie.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUENU. Pathologie chirurgicale
 RICHET. Physiologie.
 SEZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER. Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX. Obstétrique.
 LEROUX. Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER. Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.	MM.
ABRAMI.Clinique médicale.	HEITZ-BOYER. . . .Clinique chirurgicale.
CHIRAY.Clinique médicale.	MATHIEU.Clinique chirurgicale.
DEBRE.Clinique médicale.	MOCQUOT.Clinique chirurgicale.
DUVOIR.Clinique médicale.	PROUST.Clinique chirurgicale.
BASSET.Clinique chirurgicale.	SCHWARTZ.Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.Clinique chirurgicale.	LE LORIER.Clinique obstétricale.
	LEVY-SOLAL. . . .Clinique obstétricale.
	METZGER.Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU PROFESSEUR SERGENT

AVEC MA GRANDE RECONNAISSANCE

D'AVOIR BIEN VOULU JOINDRE LES DERNIERS CONSEILS

AUX PREMIERS ENSEIGNEMENTS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Ce travail est bien incomplet — je m'en excuse : mais j'ai voulu me borner très strictement à ce qui intéresse le médecin en tant que médecin — comme homme il y trouverait bien souvent à ajouter.

Je considère qu'il ne m'était pas permis de discuter ici du fonctionnement financier des Assurances sociales, ni même d'envisager les répercussions qu'elles peuvent avoir sur la situation du médecin. J'y reviendrai bientôt avec des documents récents et des exemples nombreux.

J'ai voulu simplement exposer une situation un peu particulière dont le maintien choque ceux qui veulent se placer seulement au point de vue professionnel en méprisant les passions qu'engendre l'excitation des esprits.

Il peut sembler assez étonnant que des départements français, de population française obéissent à des lois qui ne soient point celles de leur pays, surtout quand celui-ci commence, après d'autres malheureusement, une œuvre sociale de grande envergure.

Le fait qu'il était assez en retard sur ce sujet et que d'autre part les habitants de ces départements aient profité depuis des années des initiatives d'un pays étranger autorisait dans une certaine mesure cette particularité, mais lorsqu'il existe en France maintenant une loi dont la supériorité sur la loi allemande est indéniable — on apprend toujours si peu que ce soit de l'expérience de ceux qui vous ont précédé — lorsque les médecins de ces trois départements, brimés par une autorité d'autant plus intransigeante qu'elle connaît la faible cohésion habituelle du corps médical, insistent dans chacun de leurs congrès pour qu'elle soit appliquée, on se demande quels motifs reculent ainsi l'introduction de la loi en Alsace-Lorraine.

Car il est une chose plus paradoxale encore : la législation allemande d'Assurances sociales qui est en vigueur en Alsace depuis le 1^{er} janvier 1914 est la loi du Reich de 1911 : celle-ci a considérablement évolué et les conventions de Berlin de 1913 et 1923, les réformes de juin 1930 et juillet 1931, enfin le nouveau code d'Assurances sociales du 8 décembre 1931 qui ont supprimé quelques-uns des abus les plus nets, ont eu cette conséquence assez inattendue que l'ancien code allemand ne subsiste plus qu'en Alsace ; de sorte que celle-ci ne béné-

ficiant toujours pas de la loi française ne profite même pas des perfectionnements de la loi allemande. Je voudrais préciser la situation du médecin en Alsace, sa situation en Allemagne à l'heure actuelle, enfin sa situation dans la législation française, pour montrer que si notre loi n'est pas parfaite — rien ne peut être parfait — elle garantit cependant les intérêts moraux et économiques du corps médical.

* * *

La loi du Reich de 1911 comprend 1805 articles, — trois d'entre eux seulement parlent du médecin. Les voici :

Art. 368. — Les rapports entre les caisses-maladie et les médecins sont réglés par contrat écrit. La caisse peut refuser de régler les honoraires d'autres médecins sauf pour les cas d'urgence.

Art. 369. — La caisse laissera cependant à ses affiliés le choix entre deux médecins au moins, pour autant qu'il n'en résulte pas pour elle une charge plus considérable.

Art. 370. — Si dans une caisse-maladie les soins médicaux sont sérieusement compromis du fait que la caisse ne peut conclure dans des conditions convenables des contrats avec un nombre suffisant de médecins ou parce que des médecins ne se conforment pas aux contrats, l'office supérieur autorisera à titre révocable la caisse qui en a fait la demande à accorder à la place des soins médicaux ou du traitement médical nécessaire une prestation en espèce pouvant s'élever jusqu'aux deux tiers du montant des secours pécuniaires de maladie.

Il est difficile de tenir moins compte dans une loi de ceux sur qui repose l'application de cette loi.

Les deux premiers articles 368 et 369 établissent un monopole de fait pour les médecins qui ont bien voulu signer un contrat avec la caisse — et la conséquence immédiate est la suppression du libre choix qui est pourtant la première condition d'une médecine saine. Alors tout s'enchaîne ; le libre choix supprimé, c'est la division des médecins en deux groupes : les médecins de caisse, les médecins indépendants. Ces derniers deviennent de moins en moins nombreux chaque fois que se fondent des caisses nouvelles pour les classes moyennes, et surtout ils ne se renouvellent pas : car il est impossible pour un jeune médecin de s'installer d'une façon indépendante lorsque justement ceux qui pourraient former le premier noyau de sa clientèle n'ont pas le droit de s'adresser à lui. Fonder une clinique privée? c'est une initiative bien hardie et condamnée à l'insuccès presque fatalement : de plus en plus les caisses édifient des cliniques à elles, avec des médecins à elles ; ou bien elles dirigent tous leur assurés vers les hôpitaux, parce qu'elles tiennent à ne rembourser comme frais d'hospitalisation que le prix minimum ; enfin elles terminent — à Berlin en 1928 — par l'interdit lancé contre les cliniques privées.

Dès lors il ne reste plus qu'à faire de la médecine de caisse où plutôt le tenter, car l'admission dans la plus petite des caisses est réglée avec soin. En Allemagne le *Numerus Clausus* oblige de jeunes médecins à attendre pendant des années une nomination qui leur permette d'avoir une clientèle d'assurés. Et lorsque certains attendent ainsi, il s'en trouve quelques-uns à accepter — plu-

tôt que de ne rien avoir — des offres de places vacantes à des conditions indignes du corps médical. Mais personne ne peut protester, car les caisses possèdent une arme efficace, le fameux article 370, qui interdit au médecin toute tentative d'émancipation sous peine de perdre sa situation.

Devenu médecin de caisse, le praticien est entièrement sous la domination de cette caisse : il n'est qu'un rouage dont l'importance est fort mince — on peut même le supprimer s'il est encombrant — art. 370. Si on le conserve c'est qu'il se soumet aux exigences qu'on lui impose et parmi celles-ci, la plus importante, celle qui, pour nous médecins, comporte le plus de conséquences, c'est la création d'un « tarif d'honoraires médicaux » impliquant la suppression de la liberté de prescription : j'ai devant moi le tarif officiel pour Strasbourg, je transcris fidèlement :

Traitement de la syphilis.

Sont payées au maximum :

1. Traitement d'attaque :

10 injections intraveineuses, arsenic ou bismuth ;

20 injections mercurielles (intra-veineuses ou intramusculaires) ou bismuthiques (intra-musculaires).

2. Traitement d'entretien :

6 injections intra-veineuses, arsenic ou bismuth.

12 injections mercurielles ou bismuthiques.

Si j'admets le premier paragraphe faute d'avoir pu

le comprendre, où commence, surtout où finit « l'attaque »? j'aime le second; ce traitement d'entretien... de la maladie j'imagine, me laisse rêveur : ces 18 piqûres — dix huit — je les vois volontiers réparties neuf l'été, neuf l'hiver et j'augure bien de la vieillesse des syphilitiques de Strasbourg d'après les soins qu'ils ont le droit de recevoir.

Ailleurs, toujours dans le même tarif, le dosage du sucre dans les urines ne peut être pratiqué que trois fois par an.

J'entends bien — l'objection est facile — vous vous êtes contenté de prendre la lettre de ce fascicule : si vous aviez cherché à en trouver l'esprit, vous auriez vu plus loin un paragraphe disant que le médecin a toujours le droit de dépasser les limites du tarif ; simplement chaque fois qu'il le fait, il doit en motiver par écrit la raison. Mais c'est contre cela que je m'insurge, c'est contre ce contrôle absolu des actes du médecin : il est inadmissible qu'un caissier vous interdise ainsi de pratiquer plus de trois fois par an un dosage à moins de lui en rendre compte et d'obtenir son approbation.

Il est naturel alors d'aller plus loin, et c'est ce qui se passe : la caisse refuse la prescription de certains médicaments. Un médecin de mes amis avait récemment ordonné des injections de sels d'or à un tuberculeux pensant que son cas était justement l'un de ceux qui en tirent le plus de profit. La caisse déclara que ce médicament était trop cher de sorte que ce malheureux qui avait payé ses cotisations régulièrement devait pourtant acquitter le prix de son traitement. Il semble que

dans cette histoire, l'assurance-maladie n'ait pas joué le rôle que l'on veut en attendre.

Il est normal évidemment que la caisse équilibre son budget le mieux possible : diminuer ses dépenses — mais sans pour cela faire preuve d'avarice —, est bien ; réprimer les fraudes serait mieux. Car les abus sont naturellement très nombreux du côté médecins comme du côté assurés. Il est tentant pour un médecin qui passe devant la maison d'un de ses malades-chronique, de monter, sachant pourtant qu'il ne peut rien y avoir de nouveau depuis la veille, simplement pour compter une visite de plus, et c'est pour cela que les caisses, d'une façon tout à fait arbitraire d'ailleurs, limitent à 13 visites ou consultations par trimestre le traitement de ces chroniques à moins, comme d'habitude, d'avis motivés. Il est bien tentant pour un médecin de signer le certificat de complaisance que lui demande un assuré lorsqu'il sait que s'il refuse c'est un client perdu et lorsqu'il a besoin d'en voir le plus possible pour gagner sa vie. C'est pour cela aussi qu'il examinera ses malades avec tant de rapidité pour les faire attendre moins, et ne pas risquer qu'ils aillent chez un autre qui travaille plus vite, et aussi parce qu'il ne peut se permettre de perdre trop de temps avec un client qui vient le voir uniquement pour renouveler sa provision de teinture d'iode. Car le droit au médecin sans participation de l'assuré et l'indemnité de maladie dès le premier jour ouvrent des possibilités d'abus sans bornes. C'est une légère entorse, c'est la plus petite angine qui font consulter, ce sont ces petites vétilles de tous les jours aux-

quelles on ne ferait pas attention si l'on était pas assuré, mais grâce auxquelles on se fait prescrire les médicaments usuels dont la famille a besoin et que l'on a ainsi gratuitement.

Car voila bien les abus que les caisses devraient s'appliquer à diminuer,

gratuité des produits pharmaceutiques, qui amène un gaspillage insensé des médicaments dont un tiers au moins ne servira jamais,

gratuité des soins médicaux qui provoque l'encombrement des cabinets de consultation, une médecine en série et l'abaissement du médecin, moral d'abord et professionnel ensuite car il n'a plus le temps de travailler pour son compte et de s'instruire ;

droit à l'assurance-maladie dès le premier jour, ce qui étouffe l'énergie, favorise la mollesse du corps et de l'esprit et diminue le sens moral puisqu'il suffit d'aller chez le médecin — sans rien déboursier — pour toucher des indemnités.

Si les caisses exigeaient des assurés une participation financière que les médecins recevraient directement, ceux-ci auraient alors des honoraires mieux en rapport avec leurs fonctions, elles ne représentent actuellement que 0,72 % des salaires de base des assurés. Si l'assuré participait de même aux frais pharmaceutiques et si l'assurance-maladie ne partait pas du premier jour, la caisse aurait ainsi notablement moins de frais et peut-être pourrait-elle diminuer un peu les prélèvements sur les salaires qui sont très élevés. En effet si les cotisations sont si fortes, les honoraires versés aux médecins mini-

mes, les prestations en revanche sont importantes et les caisses ne songent guère qu'à les augmenter : car il s'agit pour elles d'accroître leur puissance électorale afin de s'en servir comme certaines l'on fait au congrès de Sarreguemines en 1930 pour répondre aux vœux unanimes qu'avait exprimé le Congrès des Syndicats médicaux de Strasbourg, juin 1930, outrepassant d'ailleurs ainsi leurs droits car rien ne les autorise à parler au nom des assurés. « Nous avons 325.000 assurés » ont dit les caisses locales devant plusieurs représentants alsaciens à la Chambre des Députés ou au Sénat « nous espérons que vous ne permettrez pas qu'on change ce qui va si bien pour nous ».

Il est évident que les 800 médecins alsaciens devraient voter chacun 20 fois pour représenter la même puissance. « D'ailleurs, il est encore trop tôt pour pouvoir juger la loi française. Il faut en retarder l'application pendant une période assez longue pour lui permettre de faire ses preuves et pour que les autorités et les institutions d'assurance sociale existantes puissent juger de sa supériorité éventuelle sur la législation sociale actuelle ».

C'est là qu'est la vraie raison qui domine la situation. On s'en aperçoit facilement lorsqu'on essaye de se documenter sur place : la plupart des gens susceptibles de parler ou d'écrire sur la question sont incapables de s'élever au-dessus des passions politiques ; les caisses sont devenues une puissance à tel point que les organismes chargés de les contrôler leur sont en fait inféodés : on ne peut attendre du côté administratif aucun renseignement objectif.

Ainsi donc la loi allemande de 1911 peut se schématiser de cette façon :

Droit à l'assurance dès le premier jour de la maladie.

Gratuité des soins médicaux et des produits pharmaceutiques distribués par des médecins-fonctionnaires de caisse, avec ses conséquences :

Suppression du secret médical puisque le malade doit aller d'abord à la caisse avant d'aller chez le médecin.

Suppression du libre choix puisqu'il est obligé de se faire soigner par un médecin de la caisse.

Suppression de la liberté des soins pour le médecin puisque la caisse fixe ce qu'il doit faire ou interdit la prescription de tel médicament.

Qui entraînent à leur tour :

Un travail inférieur des médecins ;

Un gaspillage énorme de médicaments par les assurés ;

Des abus très nombreux des deux côtés.

Des frais considérables pour payer cet abus.

Avec leurs conclusions :

Nécessité de cotisations très élevées — 14 % du salaire parfois ;

Grand nombre de médecins inoccupés par suite de la disparition graduelle de la clientèle privée et du monopole de fait des caisses.

Et leurs répercussions :

Affaiblissement de la volonté et de l'énergie des individus.

Diminution du sens moral des assurés et des médecins.

* * *

Le Dr Liek de Dantzig dans un livre courageux et saisissant publié en 1927 « *Die Shaden der Sozialen Wersicherungen und Wege fur Bessering* » et traduit en français en 1929¹ conclut d'une façon formelle à un échec total des Assurances sociales en Allemagne. D'après les statistiques de la caisse centrale de Berlin le nombre des malades était de 39 % en 1914, 48,64 en 1920, 53,46 en 1922, 59,83 en 1925, 66,68 en 1927.

Et il demande comme seul moyen d'amélioration et pour tenter d'arrêter les torts considérables causés à la profession médicale, la transformation du médecin en une sorte de médecin militaire — car ce serait certainement un moindre mal que d'être fonctionnaire de la caisse à cause du prestige vrai ou faux qu'il conserverait ou acquerrait de cette façon.

Ce serait sortir du cadre que je me suis fixé que discuter ce point de vue : on a dit et écrit beaucoup d'erreurs à ce sujet en France — je me promets d'y revenir. En tout cas ce ne fut pas l'avis auquel on s'arrêta.

Un gros changement cependant marque cette nouvelle législation, la gratuité est supprimée ; désormais l'assuré participe aux frais médicaux et pharmaceutiques. C'est nous l'avons dit une condition nécessaire d'une médecine saine : si faible que soit cette participation elle retient certains assurés de consulter pour tout et quelquefois sans motif, et par corollaire elle permet au médecin qui perd ainsi moins de temps d'examiner à fond

1. Les méfaits des A. S. en Allemagne et les moyens d'y remédier Payot, Paris).

tel malade qui en a besoin, et qui auparavant était frustré par celui qui n'avait que la maladie de l'assurance.

Les rapports entre les caisses et les médecins sont tout à fait changés : désormais des contrats collectifs sont étudiés dans leurs lignes générales par les grandes fédérations de médecins et de caisses. D'autre part les médecins travaillant pour la même caisse s'unissent en un syndicat qui complète ce contrat avec la caisse en tenant compte des conditions locales.

C'est ce syndicat qui reçoit de la caisse une somme globale proportionnelle au nombre des assurés et à la moyenne annuelle de consultations dont un assuré a besoin et qui s'occupe ensuite de la distribuer au médecin qui de cette façon n'a plus affaire avec la caisse. En revanche le syndicat se porte garant de l'honnêteté de la médecine que pratiquent ses membres, de leur sincérité dans les certificats qu'ils rédigent et il peut prendre envers eux telles mesures disciplinaires qu'il jugera nécessaires. C'est donc le médecin traitant lui-même par l'intermédiaire du syndicat qui déclenche le contrôle, la caisse se réservant d'ailleurs dans certains cas de faire compléter ce contrôle par ses médecins de confiance qu'elle honore directement.

En outre, pour supprimer ou au moins diminuer le nombre des jeunes médecins attendant une clientèle de caisses, celles-ci ont décidé d'admettre dans ces syndicats un médecin pour six cents assurés alors que le système ancien ne prévoyait qu'un médecin pour mille assurés. Il y avait longtemps que les médecins allemands demandaient l'institution de contrats collectifs pour

mettre fin au système des sous enchères dont les conséquences néfastes sur la profession médicale ne disparaîtront pas en un jour, mais il est évident d'autre part que ce décret sanctionne les faits accomplis et les prend précisément pour base.

En réalité, sous le prétexte de leur donner satisfaction, c'est un nouveau sacrifice qu'on demande aux médecins et nul ne peut prévoir quelle sera son importance. On leur promet des consultations plus intéressantes, moins de vétilles à examiner et par conséquent moins de papiers à remplir et à signer, mais aussi moins de consultations puisque moins d'abus et par conséquent des honoraires diminués et diminués d'autant plus qu'un nombre important de médecins nouveaux doivent y participer — pour 3.000 assurés autrefois 3 médecins, maintenant 5. Je pense tout à fait comme le Dr Liek que « en fait on a voulu devenir médecin pour agir, pour être utile à son prochain et non pour gagner de l'argent » encore faut-il que votre situation vous permette d'élever honorablement votre famille. Il serait logique pourtant d'accorder plus de valeur à une consultation, comme maintenant sérieuse et donnée à un malade — théoriquement — qu'à une signature de certificat plus ou moins justifié comme autrefois, et par conséquent la rémunérer convenablement. Est-ce en prévoyant cette objection et pour y parer que les Caisses élèvent la limite supérieure du salaire d'un assuré de 4.000 marks à 8.400 marks retombant ainsi dans leurs erreurs et perdant le bénéfice de leurs améliorations. Les médecins allemands s'illusionnent-ils sur la valeur

des avantages qu'on leur concède en échange de leurs sacrifices ? S'ils ont acquis le droit de contrôle qu'il est préférable de voir entre leurs mains — le contrôle étant indispensable dans toute organisation de médecine sociale — le dernier mot appartient tout de même et sans contre-partie aux caisses : il est logique qu'elles complètent ce contrôle mais dans l'organisation actuelle c'est toujours la caisse qui tranche les difficultés et qui se trouve ainsi juge et partie — voilà un fait très grave qui suffit pour déclarer que la situation actuelle du médecin d'assurance sociale en Allemagne est extrêmement précaire. Il est difficile de remonter le courant et de retrouver son indépendance lorsqu'on l'avait totalement perdue depuis des années.

Le seul progrès que l'on trouve dans le décret du 8 décembre 1931 est la participation — trop faible d'ailleurs — des assurés aux frais médico-pharmaceutiques et il est assez important puisque c'était la cause d'un nombre considérable d'abus ; le recul c'est l'augmentation du nombre des assurés. Quant aux médecins ils restent sous la domination des caisses — théoriquement non puisque le syndicat possède un contrat avec la caisse et le contrôle — pratiquement oui puisque c'est la caisse qui décide de l'admission d'un médecin dans le syndicat et qui tranche les cas litigieux par l'intermédiaire de ses médecins de confiance.

* * *

Je causais il y a quelques jours avec un de mes amis, directeur d'une grande caisse primaire du nord de la France et je lui demandais : « dites moi franchement

votre avis : croyez-vous à la possibilité d'une collaboration loyale entre caisses et médecins, y êtes-vous favorable? » et il m'a répondu « j'y suis tout à fait disposé ; je la crois indispensable car elle simplifierait tout ».

Je rappelle les principales caractéristiques de la loi française dont le statut des médecins fait partie.

Les syndicats de médecins habilités ont le droit exclusif de faire un contrat avec les Caisses.

Le libre choix est absolu : un médecin même non syndiqué peut donner ses soins à l'assuré qui l'a choisi ; ces soins sont libres, il n'y a pas d'interdit contre certains produits pharmaceutiques, donc liberté de soins et de prescriptions.

Il n'y a pas de tiers payant : l'assuré honore lui-même son médecin.

Les médecins des syndicats contrôlent les malades.

Les abus — des deux côtés — sont gênés surtout par le délai de carence de cinq jours en cas d'incapacité de travail ; par la participation de l'assuré aux frais médico-pharmaceutiques.

Enfin il y a des médecins dans toutes les commissions.

l'arbitrage obligatoire avec droit d'appel.

les conseils de famille départementaux et nationaux comme dernière instance.

Cette loi n'est pas parfaite évidemment, et surtout beaucoup de points gagneraient à être complètement élucidés au lieu d'être sous-entendus ; mais, telle qu'elle est, elle ouvre cependant le chemin à une médecine saine et profitable à tous avec le minimum d'abus — si on veut bien la suivre. D'autres s'en sont aperçus, et la

participation de l'assuré aux frais, le contrôle direct des malades par le syndicat ont été copiés en Allemagne, nous l'avons vu.

Mais en France, a-t-on compris? Je ne le crois pas. Je connais et j'ai interrogé beaucoup de médecins : un grand nombre n'ont pas voulu se donner la peine d'étudier la loi parce que « cela ne pouvait pas être bien », ou parce qu'ils ne jugent pas qu'ils puissent jamais y être intéressés ; d'autres se plaignent qu'on veuille exercer un contrôle sur leurs actes.

Mais allez dans le Nord de la France ou dans l'Est, dans ces régions où l'industrie est chez elle, où les institutions de prévoyance sociale développées par l'initiative individuelle s'étaient épanouies depuis des années — voir le projet d'Assurances Sociales présenté par le Consortium du Textile de Roubaix-Tourcoing en 1929 — là où médecins et malades savent ce que représente une médecine sociale, et connaissent les petites exigences et restrictions inévitables que comporte son fonctionnement : interrogez-les. Cherchez le compte-rendu d'une année de collaboration entre caisses et médecins en Meurthe-et-Moselle. Après une première période mauvaise où les réclamations et les abus allaient en croissant, le syndicat médical s'est décidé à demander le déclenchement automatique du contrôle par le médecin traitant — système qui avait fait ses preuves dans l'Assistance médicale gratuite — après avoir constaté que le contrôle technique légal est toujours demandé trop tard par les caisses et il a offert à celles-ci la garantie syndicale leur demandant en revanche le contrôle des malades.

Toutes les feuilles de soins, d'interventions ou d'appareils sont délivrées par le syndicat.

Seul le médecin traitant est juge du nombre de visites à effectuer, des interventions chirurgicales à proposer.

Le médecin traitant déclenche le contrôle toutes les fois qu'une maladie nécessite plus de huit visites ou consultations consécutives.

Ce contrôle est assuré par des médecins élus à l'assemblée générale pour un an, et seuls en possession du diagnostic et de tous les détails relatifs au malade — donc contrôle avec conservation du secret professionnel. En outre, il y a discrétion assurée pour le malade, sur lequel on ne peut plus exercer de pression pour le faire aller à l'hôpital ou chez un spécialiste qui plairait davantage à la caisse. Celle-ci est d'ailleurs libre de faire exécuter tels contrôles qu'elle désirerait, mais jamais aucune plainte ne s'est élevée contre les médecins contrôleurs, ni du côté des médecins, ni du côté des caisses.

Pourtant, il s'est trouvé une petite minorité de confrères mécontents de cette perte légère de leur indépendance, et trouvant dans ce nouvel exercice de leur profession une paperasserie dégradante et une limitation des droits du médecin traitant. Que diraient-ils si au lieu des règles souples de ce syndicalisme qui défend leur indépendance professionnelle, ils étaient obligés d'appliquer le code du Reich de 1911, auquel nos confrères alsaciens restent soumis ? il est vraisemblable qu'ils adhéreraient au vœu présenté pour clôturer le congrès des médecins de la Moselle, du Haut-Rhin et du Bas-Rhin le 8 novembre 1931, et que je reproduis ici :

« Regrettant que pour des motifs que le Corps médical tient à ignorer, les pouvoirs publics refusent aux trois départements recouvrés pour un temps indéterminé le bénéfice de la loi française sur les Assurances sociales ;

« Considérant que la loi du Reich de 1911 sur les Assurances sociales a subi une importante évolution ;

« Que les trois départements désannexés sont encore sous le joug de la loi primitive sans profiter de ses améliorations et que la population de trois départements ne saurait être à la fois privée des progrès de la loi de notre pays et de ceux faits à l'Est ;

« Le congrès des médecins de la Moselle, du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, réuni à Metz le 8 novembre 1931, écartant toute considération politique et se tenant sur le terrain professionnel, Émet le vœu :

« Que soit hâtée l'introduction de la loi française et qu'en attendant soient mises en vigueur les améliorations apportées ailleurs à la loi allemande de 1911, entrée en application en Alsace et en Lorraine le 1^{er} janvier 1914 ».



Combien de temps nos confrères alsaciens devront-ils attendre encore? Dira-t-on qu'on ne veut introduire en Alsace qu'une loi parfaite et se cachera-t-on derrière ce prétexte? et à notre honte devra-t-on — car il faut agir — rendre légales en Alsace les améliorations du nouveau Code allemand, comme le demande le vœu que nous citons et auquel de nombreux confrères n'ont adhéré qu'avec répugnance?

Un grand Français dont le nom est unanimement respecté dans ces trois départements a dit un jour qu'il n'y avait plus d'Alsace-Lorraine. Veut-on lui donner un démenti en ne lui accordant pas ce qui est trouvé bon pour la France? Nos confrères alsaciens déclarent ne pouvoir faire de parallèle entre leur législation et la nôtre : « On ne peut comparer le néant avec le réel ». Quand on a su créer du réel qu'on n'en prive pas ceux qui y ont les mêmes droits que nous, car il ne s'agit plus que d'une question de loyauté.

Vu le Doyen,
BALTHAZARD

Vu le Président,
E. SERGENT

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

Imp. F. BOISSEAU, 34, rue du Taur, Toulouse.
